

آنمی فقر آهن در بارداری

دردسرهای کم اطلاعاتی از کم خونی



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

مفهوم آنمی فقر آهن را بیان کنند.

عوارض فقر آهن در دوران بارداری را بر مادر و جنین نام ببرند.

رابطه بارداری با آنمی فقر آهن را شرح دهند.

پریسا فرشیدی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی سراب



شیرین فخری

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی سراب



رضوان رضوانی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی سراب



مقدمه

زنان نیمی از جمعیت جهان بوده و وضعیت سلامتی آن‌ها بر وضعیت سلامتی فرزندانشان تأثیر دارد. (۲) کمبود آهن در زنان باردار ممکن است خطر سقط جنین، تولد نوزاد نارس، تأخیر رشد داخل رحمی جنین، وزن کم نوزاد و همچنین میزان مرگ و میر مادر و نوزاد را افزایش دهد. (۲) آنمی در ۶ ماهه اول زندگی نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به فقر آهن شیوع بالاتری دارد. (۴) بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی بیش

آنمی، یکی از مشکلات تغذیه‌ای دنیای امروز و از مشکلات عمده بهداشت عمومی در دنیاست و اثرات نامطلوب آن در دوران بارداری بر مادر و جنین به اثبات رسیده است. (۱) کمبود آهن در تمام مراحل زندگی رخ داده و همه گروه‌های سنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما کودکان و زنان باردار در این مورد آسیب پذیرتر هستند. (۲)

از ۲ میلیارد نفر از مردم جهان به آنمی مبتلا هستند. (۱) شیوع آنمی در زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله باردار در کشورهای توسعه یافته ۲۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۵۶ درصد است. (۴)

براساس بررسی‌های انجام شده در کل کشور، حدود یک سوم زنان در سنین باروری دچار کمبود آهن بوده و ۱۷ درصد از آنان به کم‌خونی شدید مبتلا هستند. (۱)

بارداری یکی از حساس‌ترین پدیده‌ها در طول زندگی زنان است و با توجه به تغییرات فیزیولوژیکی زنان و همچنین آسیب‌پذیری جنین در دوران بارداری، آن‌ها نیاز به مراقبت‌های بیشتر دارند. (۲)

آنمی فقر آهن

کم‌خونی فقر آهن شایع‌ترین اختلال خونی است که در اثر کمبود آهن، اختلال در جذب آهن یا از دست رفتن یا افزایش نیاز به آهن ایجاد می‌شود. (۳)

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل بیماری‌ها کم‌خونی ناشی از فقر آهن در زنان باردار به وجود غلظت هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم بر دسی‌لیتر در ۳ ماهه اول و سوم و کمتر از ۱۰/۵ گرم بر دسی‌لیتر در ۳ ماهه دوم، آنمی اطلاق می‌شود. آنمی بر اساس میزان هموگلوبین به انواع شدید (هموگلوبین کمتر از ۷)، متوسط (هموگلوبین ۷ تا ۱۰) و خفیف (هموگلوبین ۱۰ تا ۱۱) تقسیم‌بندی می‌شود. (۲)

در مطالعات مختلف شیوع کم‌خونی فقر آهن در مناطق مختلف متفاوت بوده است و عواملی از جمله: تحصیلات کم، زایمان‌های متعدد، وضعیت تغذیه نامناسب، کمبود ذخیره قبلی آهن، عادت‌های بد غذایی، سابقه ابتلا به عفونت انگلی، برخوردار نبودن از مراقبت‌های دوران بارداری، مصرف نامنظم یا عدم مصرف آهن و سابقه سقط جنین در بروز کم‌خونی مؤثر هستند. (۲)

کم‌خونی در بارداری ممکن است به علل مختلفی رخ دهد از جمله، فقر آهن، کم‌خونی ناشی از خون‌ریزی‌های حاد مرتبط با بیماری‌های مزمن، کم‌خونی‌های ارثی و...؛ از این میان کم‌خونی فقر آهن، شایع‌ترین علت کم‌خونی در زمان بارداری است.

در دوران بارداری حجم پلاسما افزایش یافته و باعث کاهش «هماتوکریت» می‌شود، این عدم تناسب بین نسبت افزایش پلاسما واریتروسیت‌ها طی ۳ ماهه دوم بارداری بیشتر است. در اواخر بارداری افزایش حجم پلاسما متوقف می‌شود، درحالی که حجم هموگلوبین همچنان افزایش می‌یابد. میزان آهن انتقال یافته به جنین در یک مادر نرمال و یک مادر مبتلا به آنمی فقر آهن یکسان است، بنابراین بیشترین اثرات سوء آنمی متوجه مادر است. آنمی فقر آهن درمان نشده در دوران بارداری در ۴۰ درصد موارد مرگ و میر مادران در کشورهای جهان سوم نقش دارد. (۳) ازاین رو پیشگیری و درمان بموقع برای سلامت مادر و جنین از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. (۴)

افزایش قابل ملاحظه حجم خون مادر در دوران بارداری نیاز به آهن را به نحوی افزایش می‌دهد و توصیه‌های مرجع غذایی برای دریافت آهن در دوران بارداری بالغ بر ۲۷ میلی گرم در روز است. (۴)

نحوه مصرف مکمل آهن در بارداری

مطابق توصیه انستیتو پزشکی آمریکا و دستورالعمل سلامت مادران وزارت بهداشت، در طول ۳ ماهه دوم و سوم حاملگی، زنان بارداری که رژیم غذایی آن‌ها تعادل خوبی دارد، باید روزانه ۳۰ میلی گرم آهن المنتال و زنان باردار مبتلا به فقر آهن باید ۶۰ تا ۲۰۰ میلی گرم آهن المنتال به صورت مکمل دریافت کنند. (۴)

مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت، تصمیم‌گیری برای درمان بر اساس میزان هموگلوبین انجام می‌شود. در صورتی که هموگلوبین بین ۱۰ تا ۱۱ گرم در دسی‌لیتر باشد (آنمی خفیف)، لازم است روزانه ۲ عدد قرص آهن به مدت یک‌ماه تجویز شود، یک‌ماه بعد میزان هموگلوبین اندازه‌گیری شده و ادامه درمان بر اساس میزان جدید آن دنبال شود. در صورتی که هموگلوبین بین ۷ تا ۱۰ گرم در دسی‌لیتر بوده و علائم حیاتی مادر پایدار باشد (آنمی متوسط) لازم است روزانه ۳ قرص آهن (۱۵۰)



کم‌خونی فقر آهن در زنان باردار قابل پیشگیری است و با مصرف معمول آهن در طی بارداری کاهش می‌یابد ولی در صورت عدم درمان، عوارض خطرناکی برای مادر و جنین دارد.



توجه خاص به برنامه‌های پیشگیری و تقویت سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای مادران در دوران بارداری و برنامه‌های ارتقای آموزش بهداشت می‌تواند یکی از مهم‌ترین اولویت‌های بهداشتی در کشور باشد. (۳)

پیشنهادهای

- توجه به گسترش مراقبت‌های قبل از بارداری در زمینه الگوی صحیح غذایی و مصرف منظم مکمل آهن
- ترویج برنامه مکمل‌یاری آهن و اسید فولیک در دوران قبل، حین و پس از بارداری. افزایش آگاهی مادران در زمینه الگوی صحیح غذایی و مصرف منظم مکمل‌ها

تا ۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه تجویز شود. آزمایش اندکس رتیکولوسیت باید بعد از ۲ هفته از شروع درمان درخواست شود و در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت یا عدم دسترسی به آزمایشگاه ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی ضروری است. در صورت هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر (آنمی شدید) لازم است به بیمارستان ارجاع فوری شود.

کم‌خونی فقر آهن در زنان باردار قابل پیشگیری است و با مصرف معمول آهن در طی بارداری کاهش می‌یابد ولی در صورت عدم درمان، عوارض خطرناکی برای مادر و جنین دارد. (۳)

کم‌خونی فقر آهن می‌تواند خطر تولد نوزاد با وزن کم را تا ۲ برابر افزایش دهد. همچنین کم‌خونی می‌تواند منجر به عوارضی نظیر زایمان زودرس و یا تولد نوزاد مرده شود. وضعیت تغذیه مادر در دوران بارداری، به ویژه وضعیت دریافت ریزمغذی‌ها به‌طور مستقیم و غیر مستقیم روی وزن هنگام تولد تأثیر می‌گذارد. (۳)

کمبود ریزمغذی‌ها می‌تواند ناشی از دریافت ناکافی مواد غذایی، کیفیت پایین رژیم غذایی، پایین بودن دسترسی به مواد مغذی یا تلفیقی از همه عوامل باشد. (۳)

نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که کم‌خونی فقر آهن عارضه‌ای قابل پیشگیری است و یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در مقابل این نوع کم‌خونی زنان باردار هستند،

منابع

۱. رهبر ناهید، قربانی راهب، رضایی آهوانویی فریبا. بررسی شیوع آنمی فقر آهن و عوارض آن در بارداری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سمنان. مجله زنان مامایی و نازایی در ایران، سال ۱۳۹۳، دوره ۱۷، شماره ۱۲۸، صفحات ۱۲ تا ۱۷
۲. سرپرست رزمجو پروانه، ترک لاله بلاغ فاطمه. شیوع آنمی فقر آهن و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر فنوج در سال ۱۴۰۳، سال ۱۴۰۳، دوره ۱۰، شماره ۲، صفحات ۱۸۸ تا ۱۹۷
۳. ثقفی نفیسه، بهمن سارا، ابریشمی فاطمه. بررسی میزان شیوع آنمی فقر آهن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان قائم (عج)، سال ۱۳۹۴، مجله زنان مامایی و نازایی در ایران، دوره ۱۸، شماره ۱۶۳، صفحه ۷
۴. مستاجران مهاجر، حسن زاده اکبر، طل آذر مجلسی فرشته. شیوع آنمی فقر آهن در زنان باردار با بارداری‌های ناخواسته و پرخطر در استان اصفهان و عوامل موثر بر آن، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال ۱۳۹۱، سال ۹، شماره ۱، صفحات ۶۶ تا ۷۵